

フリガナ		性別	男・女	記入者	父・母・他( )
お名前		生年月日	R・H・S	年	月 日
住所	〒		※帰省先お名前、連絡先 (帰省中の方のみ)		
連絡先	自宅:	就学状況	あり→ ( )幼稚園・保育園		
	携帯:		なし ( )小学校・中学校		

質問事項	回答	医師記入欄
受診される方の発育歴について		
分娩時に異常はありましたか？ 出生体重( )g 在胎( )週	あり・不明・なし	
出生時に異常はありましたか？	あり・不明・なし	
乳児健診で異常があるといわれたことはありますか？	あり・不明・なし	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ 今までに( 回) 最後は( 年 月 日)	あり・不明・なし	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、脳神経の病気に罹り診察を受けていますか？(病名: )	あり・不明・なし	
今までにアレルギー性の病気と言われたことがありますか？ (喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・その他 )	あり・不明・なし	
食物アレルギーはありますか？(卵・牛乳・その他 )	あり・不明・なし	
その他に大きな病気にかかったことがありますか？(病名 )	あり・不明・なし	
現在服用しているお薬はありますか？ 内容 [ ] あればお薬手帳をお出してください。	あり・不明・なし	
薬(飲み薬、注射など)でじんましんがでたり、具合が悪くなったことがありますか？(薬品名: )	あり・不明・なし	
家族の方や同居している方の構成を教えてください。(さしつかえない範囲で)		
父( 才) 職業 _____	兄( 才)( 才)( 才) 祖父( 才)	
母( 才) 職業 _____	姉( 才)( 才)( 才) 祖母( 才)	
	<b>本人</b> 今日、受診される方 その他( )	
	弟( 才)( 才)( 才)	
	妹( 才)( 才)( 才)	
家族の中で慢性的の病気や大きな病気にかかっている方がいれば、病名をご記入ください。 兄弟姉妹( ) 父親( ) 母親( ) その他(例:祖父 糖尿病)( )	あり・不明・なし	

◆ご希望のお薬は？ (シロップ・粉薬・錠剤)

◆今日はどうなさいましたか？(足りない場合は裏面をご利用ください)

症状

いつから

その他

※ご記入いただいた個人情報は、第三者へ開示、提供されることはありません。この情報をもとに、予防接種・乳児健診などのお知らせを差し上げることがあります。お知らせが不要の方は以下に○をしてください。

お知らせは(不要・かまわない)印がない場合はお知らせを差し上げます。